LIBRARY

Luetische Erkrankungen der Vulva.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 1. DEZEMBER 1896

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Johannes Vormann

aus Swinemünde.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. A. Peyser, prakt. Arzt.
- Dr. med. H. Schneider.
- Dr. med. Gernert.

BERLIN

C. VOGTS BUCHDRUCKEREI (DR. E. EBERING)

Linkstrasse 16.

Der geliebten Mutter

und seinem Bruder

gewidmet

vom

Verfasser.

Schon vielfach ist während der letzten Dezennien in wissenschaftlichen Blättern die Frage behandelt worden, welcher Art die Aetiologie chronischer Ulcerationen der Vulva mit Hyperplasie des Gewebes sei. Doch haben die Forschungen hierüber bisher zu keinem einheitlichen Ergebnis geführt. Die grosse Seltenheit der Erkrankung erklärt es wohl zur Genüge, dass über die Natur derselben die Meinungen weit auseinandergehen.

Viele Autoren bezeichneten den Charakter dieser Krankheit als lupös mit elephantiastischen Wucherungen, andere gaben überhaupt kein bestimmtes Urteil darüber ab. Ob die Syphilis als Hauptursache des bezeichneten Krankheitsprozesses anzusehen ist, für diese Ansicht findet man in der Litteratur nur wenig Anhänger.

Gegen die gebräuchlichste Anschauung, nämlich die von der lupösen Natur der Geschwürsbildung und von der Elephantiasis der Labien bei hyperplastischen Wucherungen wendet sich schon Taylor, indem er in einer Abhandlung über „Chron. Entzündungen, Infiltration und Verschwärung der äusseren weiblichen Genitalien“ mehrere Sätze aufstellt von denen hier zwei wiedergegeben sein mögen:

1. „Zuweilen besteht einfache Hyperplasie bei alten Syphilitikern, welche noch an chronischen Geschwüren der Vulva leiden, nachdem schon alle anderen spezifischen Erkrankungen verschwunden sind“;
2. „bei denselben kommen selbst ohne begleitende Geschwürsbildung einfache Hyperplasien vor.“

Ich will nun an der Hand mehrerer Fälle aus der

Litteratur und dreier Fälle, die hier auf der gynäkologischen Abteilung der Kgl. Charité zur Beobachtung kamen, den Nachweis zu führen versuchen, dass es sich in allen diesen Fällen um alte luetische Prozesse handelt, und zwar soll der Gang der Entwicklung darauf gerichtet sein, im Anschluss an die einzelnen Fälle darauf hinzuweisen, dass syphilitische Infektion voraufgegangen war, um alsdann nach Ausschluss anderer Krankheitsursachen a priori sowie aus anderen begleitenden syphilitischen Erscheinungen auf den luetischen Charakter der Krankheitsform zu schliessen.

Ein Fall, beobachtet von Grace Peckham (New-York): Es handelt sich um eine 48jährige Frau, die 6mal geboren und 1mal abortiert hat. Ihr zweiter Mann war syphilitisch, sie selbst hatte Anschwellung und Vereiterung der Inguinaldrüsen. Das Allgemeinbefinden ist gut, Schmerzen sind unbedeutend, manchmal Brennen nach dem Urinlassen. Die Labia maiora sind stark geschwollen, zwischen denselben und den kleinen Labien findet sich eine tief exulcerierte Furche. Das Geschwür dringt nicht in die Tiefe der Schleimhaut ein, befindet sich auf gleichem Niveau mit derselben, zeigt hier und da kleine Erhabenheiten, gleicht im übrigen jedoch einer gewöhnlichen granulierenden Fläche mit gutem geruchlosen Eiter bedeckt. Die Clitoris und die kleinen Labien sind in ein Bündel von 3 oder 4 Geschwülsten umgewandelt, welche zwischen den grossen Schamlippen herabhängen. Die rechte Nymphe ist beinahe ganz zerstört. Die Oberfläche der Geschwülste sowohl wie auch die ganze Schleimhaut der Vulva zeigt ein glänzendes, violettblaues Aussehen. Um den Scheideneingang finden sich 4 unregelmässige Geschwülste mit ulcerierender Basis; weiter nach oben in die Scheide dringt die Affektion nicht vor, dagegen zeigen sich in der Gegend des Anus weitere kleine Wucherungen.

Die Leistendrüsen beiderseits sind angeschwollen. Eine antisyphilitische Kur hatte keinen Erfolg gehabt.

Für die Therapie bietet nach Peckhams Ansicht daher die beste Chance Zerstörung der Ulceration durch Kaustika oder Messer.

Die mikroskopische Untersuchung ergab nachstehendes Resultat: Epidermis intakt, nirgends Zellenwucherung; im Corium allgemeine Rundzelleninfiltration, welche die Gewebsspalten in Gruppen ausfüllen und häufig die ausgedehnten Gefässe begleiten. Riesenzellen und epithelioide Zellen sind nicht nachweisbar. Keine fettige oder käsige Metamorphose. Soweit die Angaben Peckhams. —

Grace Peckham hält mit dem Urteil über die Aetiologie dieser Krankheitsform zurück und schlägt daher vor, der Krankheit einen rein „deskriptiven Namen" zu geben, wie „Hypertrophie der Vulva mit Geschwürsbildung."*

Aehnliche Fälle wie vorstehender sind, wie ich aus der Litteratur ersehe, unzweifelhaft oft für Lupus gehalten worden. Diesen Gedanken schliessen aber hier mehrere Thatsachen aus: Einmal das Fehlen von epithelioiden Zellen sowie von Riesenzellen, deren Abwesenheit nach der meist verbreiteten Auffassung Lupus ausschliessen; ferner das Fehlen der fettigen oder käsigen Metamorphose. Ausserdem sind wahrscheinlich keine Tuberkelbazillen gefunden worden, sonst wäre dies wohl in der Beschreibung erwähnt worden. Ich bin also der Ansicht, dass diese Erscheinung durch Syphilis bedingt wurde. Denn dass letztere bei der Patientin vorhanden war, diese Annahme scheint mir aus folgenden Gründen gerechtfertigt zu sein. Der Ehemann war syphilitisch infiziert. Der Verkehr mit diesem wird auch bei der Frau nicht ohne Folgen geblieben sein. Für

---

* Verf. betont für diesen, sowie für andere Fälle, dass nach der Virchowschen Schule die Bezeichnung Hypertrophie bei einem Vorgange, wo es sich um Zellenwucherung, also um Zunahme des Numerus der Elemente wie hier, handelt, inkorrekt ist. Mit Hypertrophie bezeichnet Virchow lediglich einen nutritiven Vorgang, bei dem der numerus der Elemente derselbe bleibt.

diese naheliegende Kombination sprach auch der Befund. Sie hatte beiderseits Inguinaldrüsenschwellung. Diese Thatsache wird von den meisten Autoren als ein sehr wichtiges und nahezu sicheres Zeichen für voraufgegangene luetische Infektion angesehen.

In einem anderen Falle, den Häberlin beschreibt, handelt es sich um eine 27jährige Schneiderin. Befund bei der Aufnahme: Narben in der linken Schenkelbeuge. Rechts von der grossen Schamlippe fingerbreit von ihrem Ansatze entfernt auf geröteter Grundlage eine linsengrosse Pustel mit seröseitrigem Inhalt. Schamteile im ganzen Umfange vergrössert und anscheinend ödematös. An dem inneren Rande der rechten grossen Schamlippe mit breiter Grundlage aufsitzend eine 2,5 cm lange und 1,5 cm dicke Hervorragung von höckeriger Form. Die rechte kleine Schamlippe vergrössert. Die Oberfläche ist leicht höckerig und härter als gewöhnlich. Praeputium clitoridis bedeutend vergrössert. In der Mitte der linken grossen Lippe eine kleine mit gelben Borken bedeckte Geschwürsfläche auf gerötetem Grunde; der untere Teil der grossen Lippe ist verdickt, wulstig, höckerig und ziemlich hart. Linke kleine Lippe ist länglich wurstförmig, hat höckerige Oberfläche. Vollständig unterhöhlt ist der Damm. Er wird gebildet durch eine dünne Hautbrücke, welche selbst noch doppelt durchlöchert ist. Die Fenster sehen aus, als ob sie mit dem Locheisen herausgestanzt wären. Man erkennt deutlich, dass sie durch einen Verschwärungsvorgang gebildet wurden, der im subkutanen Zellgewebe grössere Ausdehnung angenommen hat. Das Scheidenrohr ist rechts und hinten durch eine etwa 1 cm tiefe Furche von der Vulva getrennt. Der Grund dieser Furche ist geschwürig gelblicheitrig belegt. Am linken Rande der Afteröffnung ein erbsengrosser, harter, höckeriger Wulst. Man kann leicht mit dem Finger in den Mastdarm eindringen, indem der Schliessmuskel nach vorne gänzlich mangelhaft ist. Man gelangt daselbst in das beschriebene überbrückte

Geschwür. Incontinentia alvi. Schleimhaut des Mastdarms uneben, stellenweise verdickt und verhärtet. In der vorderen Wand unregelmässig vertiefte Geschwürsflächen. Oft gehen mit dem Stuhle grössere Schleim- und Eitermassen ab. Inguinaldrüsen beiderseits unbedeutend geschwellt, hart, nicht empfindlich. Befund bei der Entlassung[1]: Die Hypertrophie hat keine Fortschritte gemacht. Etwa 3 cm über dem Sphincter ani verengt sich der Darm, sodass man höchstens einen kleinen Finger durchführen kann. Der unter der engen Stelle gelegene Teil zeigt unebene, unregelmässige Wandungen und etwas vertiefte Geschwüre. Aus dem After fliesst eiterige Flüssigkeit. Allgemeinzustand bedeutend verbessert. Lungen gesund. Mikroskopisch findet sich abgesehen von der Bindegewebshyperplasie kleinzellige Infiltration um die stark gewucherten Blutgefässe herum; keine Riesenzellen, keine Tuberkelbazillen.

Häberlin hält diesen Fall für Lupus vulvae hypertrophicus und stützt seine Annahme auf folgende Ansicht: „Als charakteristisch für Lupus wird überall die Möglichkeit des Nebeneinandergehens von Hypertrophie und Ulceration angegeben. Das geschwürige Syphilid zeigt charakteristische, rundliche polymorphe Geschwüre ohne hypertrophische Vorgänge in der Umgebung. Auch mit dem syphilitischen sklerosierenden Oedem der Vulva ist hier keine Verwechslung möglich.“ Statt jeder weiteren Widerlegung stelle ich dem gegenüber nur die von Schröder beschriebenen Fälle von elephantiastischen auf Syphilis beruhenden Bildungen neben chronischen Ulcerationen, wonach die von Häberlin vertretene Ansicht als nicht stichhaltig erscheint.

Die Erscheinungen des vorstehenden Krankheitsbildes, das im wesentlichen mit dem von Schröder beschriebenen übereinstimmt, sind, wie viele Autoren behaupten, sicher

---

[1] cfr. obige Anmerk.

oft für Lupus gehalten worden. Ferner sprechen hier gegen Lupus das Fehlen von Riesenzellen und Tuberkelbazillen. Andererseits liegen indes für Lues nicht unbedeutende Gründe vor. So ist die geschwürige Laesion des Mastdarms mit folgender Striktur meistens bei alten Syphilitikern beobachtet worden. Ausserdem sind die harten, indolenten, wenn auch unbedeutend geschwellten Inguinaldrüsen nicht unberücksichtigt zu lassen. Häberlin bemerkt freilich, dass die frühere Erkrankung seiner Pat. sicher weicher Schanker und Gonorrhoe gewesen sei. Dieser Umstand indes gestattet uns einen Einblick in den Lebensgang der Pat. und legt bei der so sehr verbreiteten Syphilis die Wahrscheinlichkeit einer früheren luetischen Infektion sehr nahe, obwohl nach Häberlins Ansicht keine Zeichen dafür sprechen.

Ich lasse nun 5 Fälle folgen, welche Th. Landau beobachtet hat:

Fall 1: Frau V., 44 Jahre alt. Vor 3 Jahren Anschwellung der Drüsen der rechten Leistengegend. 6 Wochen später eröffnete sich die Anschwellung in der rechten Leistengegend. Nach geringer Entleerung von Eiter schloss sich jedoch die Wunde wieder. Um dieselbe Zeit bemerkte sie an ihrer Harnröhre Eiter, sonst aber keine Schmerzen oder Beschwerden. Status: In der rechten Leistengegend eine ca. 2 mm lange Narbe. Herz und Lungen gesund. Bei der Besichtigung zeigen sich die grossen, sowie die nicht hypertrophierten kleinen Schamlippen frei von Narben, Auswüchsen oder Geschwüren. Ebenso der Kitzler vollständig gesund. Beim Auseinanderspreizen der Schamlippen erscheint das mit Eiter belegte Orificium urethrae ext. sternförmig. Diese Gestalt ist bedingt durch 3 Wülste, welche sich von unten und von den beiden Seiten gruppierend an der Stelle, wo sie sich an einander legen, tiefe Einkerbungen hervorrufen und so den Ausführungsgang ganz unregelmässig gestalten. Die Höcker sind blass rötlich, mit Eiter belegt, weich anzufühlen und

gehen nur wenig weit auf die Vulvaschleimhaut über. Entfernt man die Höckerchen, so dringt das erste Glied des kleinen Fingers mit Leichtigkeit seiner ganzen Länge nach in die klaffende Oeffnung bis fast in die Harnblase ein, ohne Schmerzen und wesentliche Blutung hervorzurufen. Der Finger gleitet auf einer ganz rauhen Fläche. Die Harnröhre erscheint ringsherum wie eine granulierende Wundfläche. Beim Eingehen des Fingers in die Scheide erscheint die Harnröhre samt dem periurethralen Gewebe derb infiltriert. Die Leistendrüsen rechts stark geschwollen, zum Teil hühnereigross, links ebenfalls vergrössert, wenn auch weniger als rechts. Behandlung: Ung. ciner. und Solut. Kalii jodati.

Fall 2: Frau O., 26 Jahre alt. Ein partus (ausgetragenes Kind), Tod desselben nach 14 Tagen, Todesursache weiss Pat. nicht anzugeben. Vor fünf Jahren Anschwellung der Schamlippen und Entwicklung von Geschwüren auf denselben, die keine Neigung zur Ausheilung zeigen. Ausfall der Haare. Sie kam sehr herunter, erhielt auf der syphilitischen Abteilung der Charité 25 Spritzen. Nach Verheilung der Geschwüre wurde sie entlassen. Die Geschwulst der Lippen blieb indes bestehen; sie behinderte sehr ihre freie Bewegung, weshalb sie die Klinik von Landau aufsuchte. Die linke grosse Lippe erschien ausserordentlich vergrössert, verdickt und in ihrer Gestalt verändert. Sie lag wie eine unförmige Fleischmasse vor der Vulva. Da eine Behandlung mit Hydrargyrum und Jodkalium erfolglos war, schnitt Landau diese Neubildung ab. Die rechte Lippe ist nur wenig vergrössert. Trotz fortgesetzter antisyphilitischer Behandlung wuchs dieselbe bis zu gleicher Grösse wie die schon entfernte an. Abtragung derselben mitsamt der hypertrophischen kleinen Schamlippe. Nach 3 Monaten folgender Befund: Drüsen überall geschwollen, am Halse, Nacken, Leistengegend, ebenso die Cubitaldrüsen beiderseits. Beim Harnlassen mitunter Schmerzen. Leichte Incontinentia urinae. Die Vulva klafft

und der Scheideneingang ist ganz unregelmässig. Die elephantiastisch angeschwollene Clitoris ragt in den Scheideneingang herunter. Vor der Harnröhrenmündung liegen 2 Schleimhautverlängerungen, „zwei kleine Lippen“, welche nach vorn unter einem spitzen Winkel zusammenstossen, nach hinten durch eine kleine Kommissur getrennt sind. Ihre Oberfläche ist glatt, bei Berührung nicht schmerzhaft. Der Eingang in die Harnröhre, etwa 2 cm im Durchmesser weit, unregelmässig, buchtig. Die Schleimhaut hochrot, mit Eiter belegt; es erscheint eine Reihe von kleinen Körnchen. Die Fingerspitze dringt auf 3 cm vor und gleitet auf Rauhigkeiten.

Fall 3: Frau J., 26 Jahre alt. Vor 3 Jahren Ansteckung, sie bekam einen „Ausschlag“. Die Leistendrüsen schwollen an. Schmierkur und Injektionen. Bald darauf wuchs die linke kleine Schamlippe zu einer harten, schmerzlosen Geschwulst aus. Letztere behinderte die Kranke bei jeder Leibesbewegung, weshalb sie die Klinik von Landau aufsuchte, der die Geschwulst nach nochmaligem erfolglosem Hydrargyrum- und Jodkaliumgebrauch abtrug. Rasche Heilung. Kurze Zeit darauf stechende Schmerzen beim Wasserlassen, Urin häufig mit Blut gefärbt, und die Harnröhrenmündung mit Eiter belegt. Status: Links wie rechts in der Leistengegend ca. 4 cm lange tief eingezogene Narben. Halsdrüsen und Ellenbogendrüsen geschwollen. Die grossen Schamlippen unverändert. Die rechte kleine Schamlippe normal, die linke kleine Lippe an der Grundfläche völlig abgetragen. Die Harnröhrenöffnung ist nach rechts verzogen, ganz ungleichmässig. Einige Exkrescenzen der Harnröhrenschleimhaut ragen wie kleine Höckerchen hervor und verdecken zum Teil die Mündung der Harnröhre. Nach Beiseiteschieben der Exkrescenzen sieht man, dass die hintere und rechte Wand vollständig weggefressen ist. Die Wand der Schleimhaut ist hochrot und mit Eiter bedeckt. Beim Einführen

der Kuppe des kleinen Fingers bietet sich kein Widerstand. Der Finger fühlt überall Unebenheiten.

Fall 4: Frau H., 36 Jahre alt. Vor 4 Jahren Abortus im 7. Monat. Faultote Frucht. Seitdem Ausfluss und Schmerzen beim Wasserlassen. Zeitweise Blutharnen. Der Ehemann giebt eine syphilitische Ansteckung zu. Status: Beim Auseinanderspreizen der grossen und kleinen Lippen ein etwa zehnpfennigstückgrosses Orificium ext. urethrae. Die Harnröhre stellt einen nach der Blase zu sich verjüngenden Kegel dar, sie ist verkürzt und ihre Wand unregelmässig ausgebuchtet. Sie ist mit hochroten, bei Berührung schmerzlosen Granulationen belegt, die sehr leicht bluten. Reichliche Eiterabsonderung.

Fall 5: Frau Sch., 34 Jahre alt, 2 Partus, 3 Abortus (hintereinander). Incontinentia urinae. Die Harnröhre vollkommen unvollständig. Der letzte Rest derselben ist besetzt mit hochroten, bei Berührung leicht blutenden kleinen Granulationen. Die Granulationen ragen auf eine kurze Strecke nach den beiden Schenkeln der Clitoris zu in die Höhe. Später fing Frau Sch. an, rasch abzunehmen, und bekam Erscheinungen einer Mastdarmstriktur. Einer weiteren Behandlung hat sie sich entzogen.

Als Therapie für die ulcerativen Prozesse wurde von Landau Aetzung mit Milchsäure vorgeschlagen.

Landau fasst unbeachtet der Wucherungen nur die Ulceration der Harnröhre ins Auge, welche er als ein „Ulcus rodens urethrae“ bezeichnet. Da es sich in allen diesen Fällen ausgesprochener Massen um syphilitische Individuen handelt, so hält er die Annahme einer syphilitischen Erkrankung der Harnröhre für sehr nahe liegend. Die Vermutung, dass die Geschwüre primär oder sekundär syphilitisch sind, kann man, wie er sagt, mit Sicherheit zurückweisen. Denn die mikroskopische Untersuchung konnte einen gummösen Charakter vollkommen ausschliessen. Ausserdem war eine antisyphilitische Kur vollkommen erfolglos. Landau meint daher, dass es sich bei diesem Vor-

gange um Folgeerscheinungen der Syphilis nur in dem Sinne handelt, dass diese hier in der Harnröhre einen günstigen Boden geschaffen hat, auf welchem fortwährend wirkende Entzündungsreize Verschwärung bedingen. Die mikroskopische Untersuchung aller dieser Fälle, welche im wesentlichen mit der von Peckham und Häberlin übereinstimmt, schliesst mit Sicherheit Lupus oder eine andere Neubildung aus und kennzeichnet die Erkrankung als eine heftige Entzündung mit Wucherungen in der Umgebung.

Somit ist meines Erachtens nach dem völligen Ausschluss von irgend einer Neubildung die Thatsache, dass bei allen Kranken ausgesprochene Syphilis vorhanden war, ein zwingender Beweis für die Aetiologie dieser Krankheitsprozesse.

Ich lasse nun einen Fall folgen, den Schramm in Dresden beobachtet hat:

J. G., Fabrikarbeiterin, 29 Jahre alt. Vor 3 Jahren war sie Pflegerin einer an Uteruscarcinom leidenden Frau, deren Mann mit ihr geschlechtlichen Umgang pflegte. Seit dieser Zeit soll die Vulva allmählich angeschwollen sein. Ueber den Zeitpunkt einer luetischen Infektion, die hier unzweifelhaft besteht, ist aus der geistig höchst beschränkten Person nichts herauszubringen. Status: An beiden Augen hochgradige Myopie mit Pigmentatrophie. Innere Organe normal. Auf der Haut des Rumpfes und der Extremitäten fanden sich zahlreiche, erbsen- bis bohnengrosse, dunkelpigmentierte, alte syphilitische Efflorenscenzen, teilweise mit hellerem, narbigem Centrum. Die Inguinaldrüsen beiderseits sind stark geschwellt. Die in dicke, unregelmässig knollige Wülste verwandelten kleinen Schamlippen bilden mit dem bedeutend vergrösserten Praeputium clitoridis ein fast gleichschenkliges Dreieck von bläulichroter Farbe, bedeckt mit einem klebrig eitrigen Sekret. Der Urethralwulst ist stark verdickt und fühlt sich hart an. Aus der Urethra, die für einen Finger bis zur Blase leicht

durchgängig ist, fliesst zeitweilig Urin ab. Der Introitus vaginae etwas klaffend. Das Vaginalrohr verdickt, eng. Ueber dem After befinden sich ein paar erbsengrosse feste Exkrescenzen. Eine sofort eingeleitete Schmierkur hatte nicht den geringsten Einfluss auf die Verkleinerung der Geschwulst. Es wird daher die Merkurialbehandlung unterbrochen und die Operation in Narkose vorgenommen. (Exstirpation der verdickten Teile nach Schröder.)

Die makroskop. Betrachtung der exstierpierten Teile ergiebt: Das Praeputium clitoridis erscheint gleichmässig verdickt. Die kleinen Schamlippen bilden unregelmässig gestaltete knollige Wülste. Ihre Oberfläche ist unregelmässig höckerig und an den oberen Teilen beider befinden sich mehrere breitgestielte polypenähnliche knollige Auswüchse, deren grösster Taubeneigrösse erreicht. Die Konsistenz der erkrankten Teile ist weich elastisch. Die Epidermis auf der Aussenfläche der Nymphen und dem Praeputium ist intakt, dagegen erscheint die Innenfläche mit zahlreichen, 2—3 mm im Durchmesser haltenden, flachen runden, gelblich belegten Substanzverlusten bedeckt. Die obere Kommissur beider Nymphen ist eingenommen von einem etwa markstückgrossen Geschwür mit unregelmässig gezackten Rändern und glattem graugelblichen Grund. Das mikroskop. Bild zeigt zahlreiche Gefässe in einem lockeren weichen Bindegewebe. Die Lymphspalten sind ödematös erweitert. An einer anderen Stelle ist das Gewebe gleichmässig dicht, kleinzellig infiltriert. Unter den kleinen Erosionen beschränkt sich die Infiltration auf die subepitheliale Gewebsschicht, am Rande und Grund des grossen Geschwürs reicht sie weit in die Tiefe und zeigt ausgesprochen perivaskuläre Anordnung. Aber auch an den nicht erodierten Partien finden sich überall im Gewebe verstreut und namentlich die grösseren Gefässe umscheidend zahlreiche mit blossem Auge eben sichtbare rundliche Herde von

Rundzelleninfiltration. Riesenzellen oder Verkäsungen sind nirgends nachweisbar.

In seiner Epikrise bemerkt Schramm: „Wenngleich die Syphilis sich als eine der wichtigsten Entstehungsursachen der Elephantiasis vulvae dokumentiert, so lässt doch der Befund es als wahrscheinlich annehmen, dass hier neben Elephantiasis, aber wohl ohne aetiologischen Zusammenhang, sondern nur als zufällige Komplikation eine syphilitische Entzündung besteht. Es ist in diesem Falle nicht undenkbar, dass infolge Erkrankung des Lymphgefässsystems zu elephantiastisch vergrösserten Geschlechtsorganen sich nachträglich eine luetische Infektion hinzugesellte, die wiederum eine grössere Irritation und Hyperplasie der befallenen Schamteile veranlasst.“

Gegen diese seine Ansicht lässt sich zunächst der Umstand einwenden, dass nicht genau zu ermitteln war, ob die luetische Infektion vor dem Erscheinen dieser Krankheitsform an der Vulva oder nachher geschehen war. Würde sie erst nachher geschehen sein, so würde ich von Schramms Behauptung überzeugt sein. Nun soll aber nach den Angaben der Patientin, der Schramm indes als einer etwas stupiden Person kein grosses Gewicht beilegt, die Krankheitserscheinung sich erst nach erfolgter Infektion gebildet haben. Es ist also die von Schramm vertretene Ansicht hinsichtlich der Entstehungsursache zum mindesten sehr unwahrscheinlich. Weiter bemerkt er: „Wäre die Syphilis die alleinige direkte oder indirekte Ursache dieser Geschwulstform, so müsste, entsprechend ihrer grossen Verbreitung, die Elephantiasis vulvae in unseren Himmelsstrichen viel häufiger beobachtet werden können.“

Demgegenüber betone ich, dass die Syphilis bei uns meistens schon im primären und sekundären Stadium zur Heilung kommt, und dass nur einzelne verschleppte Fälle diesen Ausgang nehmen. Darnach halte ich auch vor-

stehenden Fall für geeignet, die luetische Aetiologie dieser Krankheitsprozesse zu beweisen.

Louis Mayer hat einen ähnlichen Fall beobachtet, den ich hier in kurzem Auszuge wiedergeben will:

Frau K., 48jährige robuste, stets gesunde Frau. Sie war wiederholentlich syphilitisch angesteckt worden. An Stelle der normalen Geschlechtsteile befanden sich zwischen den Schenkeln dunkelbraune pigmentierte Lappen mit Knoten und Knötchen besetzt, in Grösse etwa das Doppelte und Dreifache der gesunden Vulva ausmachend. Bei näherer Betrachtung konnte man nur durch ihren Sitz Labien, Nymphen und Clitoris unterscheiden. Die Nymphen hingen besonders weit hinab und wiesen zahlreiche kleinere und grössere Knoten, ferner warzenartige Exkrescenzen und polypöse Fortsätze auf, ebenso das Praeputium clitoridis. Die linke Nymphe war in der Mitte federkieldick perforiert (wahrscheinlich durch ein früheres syphilitisches Geschwür). Durch Auseinanderziehen der grossen Schamlippen legte man an der Innenfläche der linken Labie eine dunkel pigmentierte strahlige Narbe und unterhalb derselben ein groschengrosses Geschwür mit speckigem Grunde und scharfen gezackten Rändern frei, dessen syphilitischer Charakter zweifellos war. Den Introitus umgab eine Reihe grösserer und kleinerer unregelmässiger knotiger Wulstungen und polypenartiger Fortsätze. Ein haselnussgrosser Tumor dieser Art sass unterhalb der Clitoris dem Rande eines grossen Geschwürs auf, welches sich an Stelle des Vestibulum nach innen in die Vagina hineinerstreckte und auf dem Grunde nach hinten zu die stenotisierte Urethralmündung erkennen liess. Inguinaldrüsen beiderseits bedeutend geschwellt, härtlich. Zwei Monate später fand sich ein weiterer Teil der Urethra durch Umsichgreifen des erwähnten Geschwüres unterhalb der Clitoris zerstört. Infolgedessen war Incontinentia urinae eingetreten. Pat. wurde mit Hydrargyrum behandelt, die Geschwüre mit Lapis, Acid. chromic. und Acid.

nitric. geätzt. ½ Jahr später klagte sie noch über Incontinentia urinae. Die Geschlechtsteile hatten ein noch ungünstigeres Aussehen durch Zunahme der beschriebenen Lappen gewonnen. Die Urethra war jetzt halb zerstört, das dieselbe umgebende Geschwür aber in Heilung begriffen. Es wurden wiederholte Aetzungen des letzteren sowie überhaupt dieselbe Medikation wie früher angewandt. 8 Jahre später wurde Frau K. wieder untersucht. Sie befand sich in blühendem Aussehen, klagte jedoch immer noch über Incontinentia urinae, ferner über Obstructio alvi. Ihr Allgemeinbefinden war gut. Das Wachstum der elephantiastischen Neubildungen hatte in dem langen Zeitraum im Vergleich zu der früheren rapiden Entwicklung einen langsamen Fortgang genommen, so dass nur eine unbedeutende Grössenzunahme der Geschwulst zu konstatieren war. Die Geschwüre waren unter Zurücklassung derben Narbengewebes verheilt.

Dass die Syphilis eine Rolle bei der Entstehung dieser Krankheitsform spielte, darüber ist sich Mayer klar, doch hält er sie nur für eine okkasionelle Ursache. Die innere Ursache, die Causa interna, der in Rede stehenden Krankheitsprozesse legt er in eine Praedisposition, deren Wesen er freilich nicht anzugeben vermag. Diese Praedisposition sollte also mit äusseren, okkasionellen Ursachen, wie z. B. im vorliegenden Falle mit syphilitischen Infektionen, die Krankheitsform bedingen. Dieser seiner Ansicht kann ich mich nur insoweit anschliessen, als ich seine Erklärung über das Entstehungsbild umkehre, indem ich davon überzeugt bin, dass das Wesen dieser Praedisposition in der Syphilis selbst bestehe. Letztere ist, nachdem sie ihren konstitutionellen Charakter angenommen hat, in den Geweben zu der Causa praedisponens geworden. Die okkasionellen Ursachen sind nur in äusseren Läsionen der durch die Syphilis geschädigten Gewebe der Vulva zu suchen.

Bevor ich nun auf die drei Fälle aus der gynäkolo-

gischen Klinik der Charité komme, sei es mir gestattet, noch dreier Fälle Erwähnung zu thun, bei denen die luetische Aetiologie fast zur Evidenz hervorgeht. Diese Fälle sind von Weinlechner, Currier und Doléris beobachtet worden; ich lasse sie der Reihe nach folgen:

Fall 1 (Weinlechner): 38jährige Frau. 3 Partus, wobei das letzte Kind wahrscheinlich wegen der wenige Monate vorher erworbenen Syphilis tot zur Welt kam. 7 Monate später kam sie zur Beobachtung: Mastdarm strikturiert, seine Schleimhaut derb und wulstig, reichlich Eiter secernierend. Es fehlen die kleinen Labien fast gänzlich, die grossen zum grossen Teile, der Damm vollständig. Dadurch entsteht ein Substanzverlust, der ca. einen Querfinger unter der Clitoris beginnt und bis über die Analöffnung reicht. Praeputium clitoridis hypertrophiert. In der Umgebung der Geschwüre, an den Resten der grossen und kleinen Labien, hinter denselben und um den Anus sind papilläre Wucherungen mit vergrösserten Lymphräumen. Die hypertrophischen Labialreste und die Partie um die Clitoris gewannen so ein elephantiastisches Aussehen, während die Ulceration den Eindruck eines älteren luetischen Prozesses machte. Verschiedene antiluetische Kuren sowie lokale Therapie waren erfolglos. Bei der mikroskopischen Untersuchung wurden Tuberkelbazillen gefunden. Weinlechner entfernte den Geschwürsboden teils mit dem Messer, teils mit Paguelin. Pat. wurde unvollständig geheilt entlassen. $1^1/_2$ Jahre später kam sie erheblich verschlimmert wieder.

Weinlechner behauptet: „Die Hartnäckigkeit der Krankheit gegen alle antiluetischen Mittel erklärt sich durch die Einimpfung der Tuberkulose auf syphilitischen Boden.“ Verfasser schliesst sich nicht dieser Ansicht an, er ist vielmehr der Meinung, dass die Tuberkulose, falls sie wirklich vorhanden war, — von einer Unterscheidung der Tuberkelbazillen von Smegmabazillen ist übrigens aus diesem

Berichte nichts zu ersehen — höchstens eine okkasionelle Rolle spielte.

Fall 2 (Doléris): Er bezeichnet ihn als hypertrophisches Syphilid der Vulva. Es handelt sich hier um einen Tumor an der vorderen Partie der Vulva und um die Urethra, der seit 5 Jahren bestand und damals als kleine Geschwulst am Rande der Urethralöffnung auftrat. Anamnestisch wurde nur bekannt, dass vor 13 Jahren eine Geburt stattgefunden hatte (mazeriertes Kind im 9. Monat). Doléris schwankte zuerst zwischen Tuberkulose und Syphilis. Zweimalige Operation mittels Messer und Thermokauter. Nachträglich wurde auf wiederholtes Befragen von der 29 Jahre alten Pat. angegeben, sie sei ein Jahr vor der erwähnten Geburt syphilitisch infiziert gewesen. Doléris stellte nunmehr die Diagnose auf Syphilis. Die Untersuchung eines Stückes des excidierten Gewebes auf Tuberkelbazillen war negativ.

Fall 3 (von Currier in New-York demonstriert):

Es handelte sich um eine Kranke mit einem Tumor beider Schamlippen. Vor $1^1/_2$ Jahren war im rechten Labium minus die Geschwulst bemerkt worden. Nachdem dieselbe Hühnereigrösse erreicht hatte, wurde sie entfernt, erschien aber nahezu gleich wieder, sich auf beide kleinen Labien erstreckend. In 6 Monaten hatte sie Apfelgrösse erreicht. Die unteren Partien sind aufgebaut aus den hypertrophierten verdickten Labien, die oberen zeigen ödematösen Charakter.

Der Introitus vaginae ist ulceriert und blutet leicht. Die Hymenalreste sind infiltriert und empfindlich. Andauernd besteht schleimig-eitriger Ausfluss aus der Scheide. Coitus ist nicht schmerzhaft. Ein Stückchen der excidierten Partien liess nur den entzündlichen Charakter der Geschwulst erkennen. Currier bezeichnete ihn daher ungeachtet der Aetiologie nur als Vulvartumor. Eine Reihe von Dermatologen hatten ihn aber als von syphilitischer Art erkannt.

Nun hat Schröder noch 9 Fälle von elephantiastischen Wucherungen mit chronischen Ulcerationen beobachtet und publiziert. Auf diese jedoch noch einzugehen, verbietet mir leider der enge Rahmen einer Dissertation. Ich muss daher auf die betreffende Litteratur verweisen. Eins sei aber doch erwähnt, nämlich die Thatsache, dass bei allen 9 Fällen Schröders Syphilis vorhanden war. 8 der Kranken waren Lustdirnen, bei der 9. syphilitische Infektion nachgewiesen. Demgemäss sprach sich auch Schröder bezüglich der Aetiologie dahin aus, dass „sowohl die elephantiasisartigen Wucherungen wie die chronischen Ulcerationen auf syphilitischem Boden sich bilden".

Ich lasse nun die beiden Fälle aus der gynäkologischen Klinik der Charité folgen, welche einer Operation unterzogen sind. Es sind indes, wie mir Herr Prof. Dr. Nagel sagte, mehrere Fälle dieser Art in der Klinik des Herrn Geheimrat Gusserow zur Beobachtung gekommen. Diese Kranken sind jedoch nicht operiert worden. Solche Fälle pflegen nach dem Geschäftsgange der Charité nicht in die betreffenden Bücher eingetragen zu werden und sind daher nicht mehr zu ermitteln. Somit konnten mir nur die folgenden beiden Fälle nachgewiesen werden.

Fall 1: Emilie Schu., Tischlersfrau, 28 Jahre alt, aufgenommen am 12. Febr. 1890.

Kein Partus, kein Abortus. Die Menses immer regelmässig vom 18. Lebensjahre an, alle 4 Wochen, ohne Beschwerden, doch stets sehr spärlich und nur von 2tägiger Dauer. Bis zur Verheiratung vor 2 Jahren (Jan. 88) war Pat. ganz gesund bis auf eine ausgedehnte Schuppenflechte an beiden Unterschenkeln, die vor einem Jahre abgeheilt ist. Pigmentierte Narben sind noch sichtbar. Seit einigen Wochen stellen sich bei Pat. heftige Kopfschmerzen und Schwindelanfälle ein, zu gleicher Zeit bemerkte sie Anschwellungen an der Stirn, die in einiger Zeit wieder verschwanden. Auch Schmerzen auf Druck in verschiedenen Knochen haben bestanden, so jetzt in dem Radius. Die

schmerzhaften Stellen zeigen geringe Auftreibung. Erst seit derselben Zeit, also seit etwa 8 Wochen, bemerkte Pat. eine Anschwellung der äusseren Geschlechtsteile mit Schmerzhaftigkeit beim Urinlassen und bei der Kohabitation verbunden. Seitdem ist der Ausfluss bedeutend stärker geworden. Auch Defluvium capillorum besteht seit einiger Zeit. Jede frühere antiluetische Kur wird auf das Bestimmteste in Abrede gestellt.

Status: Gracil gebaute Frau. An beiden Wadengegenden über-handtellergrosse alte pigmentierte Narben, welche nicht über das Hautniveau hervorragen. Auftreibungen an beiden Schienbeinen, schmerzlos. Anscheinend geringe Auftreibung an beiden Tubera frontalia; augenblicklich sehr schmerzhafte Auftreibung am linken Proc. styloid. radii. Defluvium capillorum. An Rachen und Hals nichts Abnormes, ebensowenig an den Augen, kleine Drüsen am Halse, stärker in der Inguinalgegend. Handflächen und Fusssohlen sind frei. Eine Untersuchung in Narkose ergiebt folgenden Befund an den Genitalien: Die grossen Labien sind erhalten; an Stelle der kleinen befindet sich je eine kleinkinderfaustgrosse lappige, ödematöse, hahnenkammartige Geschwulst, welche Tumoren den Scheideneingang ganz verdecken. Nach Aufklappung derselben sieht man den Scheideneingang geschwürig zerfallen; die Geschwürsfläche reicht nicht weit in den Scheideneingang hinein. Das Rektum ist frei, ohne Ulcerationen oder Strikturen. Unsere Diagnose lautete auf Lues tertiana, elephantiastische Ulcerationen der grossen Labien. Nach einer am 17. Febr. vorgenommenen Operation wurde Pat. am 21. März entlassen. Bei ihrem Austritt aus der Charité wurde folgender Status festgestellt: Die Partien, welche beiderseits durch Nähte vereinigt wurden, sind verheilt. Nach innen von diesen, also im Introitus, befinden sich noch einige ganz flache ulceröse Stellen. Von anderen Symptomen tardiver Lues ist Pat. während ihres Aufenthaltes nicht befallen gewesen.

Fall 2: Emilie Sche. Puella publica, 20 Jahre alt, aufgenommen am 20. Juni 91.

Kein Partus, kein Abortus. Menses seit dem 17. Jahre ganz unregelmässig, sowohl nach Dauer wie nach Stärke. Einmal soll sie 9 Wochen ausgeblieben sein. Im November 1890 entstand während einer einzigen Nacht (?) eine grosse Geschwulst des linken Labium maius. Dieselbe soll später wieder etwas kleiner geworden sein. Schmerzen hat Pat. daran nicht gehabt, nur war der Tumor ihr anfangs beim Gehen etwas hinderlich. Pat. ist schon 3 Mal auf der syphilitischen Abteilung der Charité behandelt, aber stets nur lokal. Status: Sehr kräftig gebaute, gesund aussehende Person in gutem Ernährungszustand. An Herz und Lungen nichts Krankhaftes. An der Vulva befindet sich elephantiastische Hyperplasie der Clitoris und des Labium minus dextr., das linke Labium minus stellt einen mehr als hühnereigrossen Tumor dar, der sich weich ödematös anfühlt und an dem sich keine Ulcerationen befinden. Der Uterus ist anteflektiert, nicht vergrössert. Die Parametrien sind frei. An der Portio nichts Besonderes. Aus dem Muttermund kommt glasiger Schleim. Zeichen spezifischer Infektion sind nicht vorhanden. Keine Drüsenschwellung. Unsere klinische Diagnose wurde auf Elephantiasis lab. min. et clitoridis durch Lues bedingt gestellt. Bei der am 14. Juli 1891 vorgenommenen Operation wurde das Labium minus sinistr. an seiner Basis in ganzer Ausdehnung excidiert, von dem Labium minus dextr., welches nur geringe Vergrösserung zeigte, der kleine obere Teil. Die Schnitte laufen am Praeputium clitoridis, welches mit entfernt ist, zusammen. Blutung ganz unbedeutend. Die Wundränder wurden mit etwa 20 Seidenligaturen vereinigt. Dauer der Operation $^1/_4$ Stunde. Es bestehen einige Tage später nur noch geringe Schmerzen. Am 20. Juli war die Wunde per primam intentionem geheilt; Pat. wurde daher entlassen.

Dass bei diesen beiden Kranken Lues vorausgegangen

war, bedarf wohl keiner längeren Auseinandersetzung. Die luetische Infektion geht in dem 1. Falle aus den Angaben der Pat. hinsichtlich der Knochenschmerzen, sowie aus dem ganzen Befunde deutlich hervor. Irgend eine Neubildung an der Vulva konnte übrigens in diesem wie in dem 2. Falle vollständig ausgeschlossen werden. Darnach liegt der Gedanke, dass die in Rede stehende Krankheit durch Syphilis bedingt wurde, nach meiner Ansicht sehr nahe. Für den offenbar luetischen Charakter dieser Krankeitsform spricht aber noch ein zweiter Grund, nämlich das zeitliche Zusammentreffen dieser Krankheitsprozesse mit dem Auftreten der evident syphilitischen Symptome, wie z. B. der grösstenteils sehr schmerzhaften Knochenauftreibungen etc.

Auch in dem zweiten Falle ist meines Erachtens die syphilitische Infektion erwiesen oder zum mindesten sehr naheliegend. Dafür spricht besonders das Vorleben einer Puella publica, die überdies schon 3 mal auf der syphilitischen Station behandelt worden war. Der Befund freilich wies keine deutliche spezifische Infektion und auch keine Drüsenschwellung auf. Allein dieser Umstand beweist, wie auch Sänger hervorhebt, nichts Sicheres gegen Syphilis, so sehr er auch als positives Zeichen dafür spricht. Es ist also, da in beiden Fällen, wie ich noch einmal betone, keine andere Ursache für die Entstehung der Krankheit aufgefunden werden konnte, nur die Syphilis allein anzuschuldigen.

Nach Fertigstellung dieser Arbeit war mir durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Stabsarztes Dr. Müller-Kannenberg Gelegenheit gegeben, auf der syphilodogischen Abteilung der Charité noch folgenden Fall zu untersuchen.

Es handelte sich um die 28jährige Näherin Anna Schn. Pat. hat nie geboren und kein Mal abortiert. Menses hat sie angeblich nie gehabt. Seit 1 Jahre ist Pat. krank; sie fühlt sich schwach, hat Kopfschmerzen, Herzklopfen und Stiche n der Brust. Im Stuhl will sie seit 2 Jahren Blut be-

merkt haben. Pat. klagt noch über anfallsweise auftretendes Zittern, das seit $1^1/_2$ Jahren besteht. In den letzten Jahren bekam sie im Frühjahr und im Herbst einen roten juckenden Ausschlag, der einige Tage oder einige Wochen anhielt. Das letzte Mal trat derselbe Anfang Mai d. J. auf und hielt 3 Tage an.

Status. Mässig kräftige Person von ausreichendem Ernährungszustand. Die Brüste sind nicht entwickelt. Pulmones und Cor sind gesund. Urin: ohne Saccharum und ohne Albumen. Abdomen: Nirgends druckempfindlich. Die Palpation ergiebt keine Resistenz. In beiden Leistenbeugen kleine Narben, herrührend von eitrigen Geschwüren (vor ca. 2 Jahren). Pubes schwach entwickelt. Stuhlgang zeitweise diarrhoisch, enthält Blut.

Gynäkologischer Befund: Hyperplasie und chron. Oedem des Praeputium clitoridis. Das Praeputium hängt fast bis zur hinteren Kommissur herunter und verdeckt somit den Scheideneingang. Im Vertibulum befinden sich tertiär-syphilitische Ulcerationen. Eine Portio und Corpus uteri ist nicht zu fühlen. Am After zeigen sich syphilitische Ulcerationen und Hyperplasien. Die Digitaluntersuchung des Rektum ergiebt etwa 5—7 cm vom Sphinkter aufwärts etwa bohnen- bis haselnussgrosse feste Massen, keine Strictura recti. Als Allgemeinerscheinung bestehender Lues zeigt sich ein syphilitisches Exanthem an der Stirn, ferner Schwellung der Cervikaldrüsen und Narben in beiden Leistenbeugen.

Wenn wir nun aus allen diesen Fällen ein Krankheitsbild aufstellen, so lässt sich etwa folgende kurze Schilderung desselben geben: Es kommt an den weiblichen Genitalien eine aus elephantiastischer Verdickung und Ulceration sich zusammensetzende, sehr schwer therapeutisch zu beeinflussende chronische Affektion vor. In den einzelnen Fällen derselben sind zuweilen Uebergänge von hochgradiger Elephantiasis bis zu einfacher Ulceration vorhanden.

In pathologisch-anatomischer Hinsicht gilt für dieses Krankheitsbild dasselbe, was v. Esmarch und Kulenkampf bei Schilderung der elephantiastischen Formen anführen: „Bei allen Formen von Elephantiasis, mag dieselbe die Extremitäten oder die Genitalien betreffen, mag sie auf noch so verschiedene Art zustande gekommen sein, sind die eigentlichen Veränderungen, was das mikroskopische Aussehen und die feinere Struktur anbetrifft, völlig die gleichen. Wechselnd ist nur der Befund gemäss der Beschaffenheit und Konsistenz des angebildeten Gewebes. Es wird deshalb angetroffen als ein zartfaseriges mit vielen Kernen und Zellen versehenes und mit reichlicher fibrinogener Intercellularflüssigkeit durchtränktes, daher gallertige Konsistenz darbietendes Gewebe, oder aber als derbes, trockenes, ja völlig fertig ausgebildetes Fasergerüst (diffuses Fibrom)." Bei den ulcerativen Prozessen handelt es sich um diffuse Infiltration des Bindegewebes neben derber Verdickung der Bindegewebsbalken. Der Grund des Ulcus wird grösstenteils von einem Granulationsgewebe gebildet, welches sich bis in die Tiefe zwischen die glatten Muskelbündel hinein erstreckt.

Um nun auf die Aetiologie zu kommen, so ist es nach unserer Ueberzeugung immer die Syphilis, welche die Schuld an diesen Krankheitsprozessen trägt. In den meisten der von mir beschriebenen Fälle war sie anamnestisch sichergestellt, in anderen nach dem Befund sowie nach anderen Anhaltspunkten höchst wahrscheinlich vorhanden. Für die syphilitische Natur spricht ferner auch die so häufige Komplikation mit augenscheinlich luetischen Ulcerationen und Strikturen des Rektum. Ausserdem ist der völlige Ausschluss anderer Krankheitsursachen nicht ausser Acht zu lassen. Dieser Umstand legt nach den obigen Ausführungen von den begleitenden syphilitischen Symptomen, die in den meisten Fällen vorhanden waren, den Gedanken, dass die Erscheinung an der Vulva auch durch Lues bedingt ist, zum mindesten sehr nahe.

Wie kommen diese Krankheitsformen nun zustande? — Das mit Primäraffekten, ulcerierenden Papeln oder spätluetischen Prozessen in den Körper gelangte syphilitische Virus übt, wie so häufig in anderen Organen, auf das Bindegewebe der Vulva und ihrer nächsten Umgebung, meistens das der nächsten Lymphdrüsen, einen irritativen Prozess aus. Es kommt so zu einer Hyperplasie des Bindegewebes mit nachfolgender Sklerosierung. Durch den Import von Entzündungsprodukten von den ulcerierenden Flächen aus in die meistens schon durch die Sklerosierung in ihrer Funktion beeinträchtigten Lymphdrüsen kommt es zu einer partiellen oder totalen Ausschaltung der Drüsensubstanz. Als Folge bildet sich nun eine gewisse Lymphstauung aus, welche zu Erweiterungen der Lymphgefässe und zu Ergüssen lymphatischer (fibrinogener) Flüssigkeit in die Gewebe führt. Dadurch wird eine weitere Hyperplasie der Gewebe begünstigt, so dass eine Art von Circulus vitiosus zustande kommt. Die befallenen Teile sind in ihrer Widerstandsfähigkeit gegen äussere Impulse natürlich sehr geschädigt, sie stellen somit einen Locus minoris resistentiae dar. Die Syphilis ist also in diesen Geweben zu einer Causa praedisponens für weitere Störungen geworden. Letztere liegen bei den meist den niederen Ständen oder der Halbwelt angehörenden Kranken sehr nahe. Es entstehen in den geschädigten Geweben einmal durch Laesionen bei schwerer Arbeit, in anderen Fällen durch ungestüme Kohabitationen bewirkt chronische Ulcerationen, die einer Behandlung grossen Widerstand leisten.

Für die Differentialdiagnose kommt eigentlich nur der Lupus vulvae in Betracht. Obwohl die heutigen Forscher die Existenz desselben durchaus in Abrede stellen, so will ich doch, da viele der aus der Litteratur herangezogenen Fälle von den betreffenden Autoren für lupös gehalten sind, in kurzen Worten hier die differentielle Diagnose noch einmal angeben. — Fast alle Beschreibungen und histologischen Untersuchungen, die bis jetzt über den

Lupus vulvae erschienen sind, hatten in pathologisch-anatomischer Hinsicht nichts Charakteristisches, um den Beweis zu liefern, die Erkrankung sei tuberkulöser Natur gewesen. Es fehlen ihnen die wichtigsten Merkmale der Tuberkulose oder des Lupus, die regressive Metamorphose (Verkäsung bezw. fettige Metamorphose) und die Riesenzellen, also ein beim Lupus und in den tuberkulösen Herden ganz gewöhnlicher Befund. Es war mir ausserdem unmöglich, in der Litteratur einen einzigen Fall von Lupus vulvae zu finden, wo die Tuberkelbazillen in dem kranken Gewebe mit Sicherheit nachgewiesen worden waren.

Die Prognose dieser Elephantiasis vulvae luetica — so möchte ich nämlich diesen Krankheitsprozess gegenüber der Elephantiasis vulvae Arabum[1] nennen — ist quoad vitam eine gute. In der grossen Mehrzahl der Fälle pflegt das Allgemeinbefinden, sowie der Kräftezustand des Individuums garnicht oder wenig gestört zu sein. Da, wo Kachexie und luetische Elephantiasis vulvae zusammen auftreten, wird für erstere immer eine andere gleichzeitig existierende Grundlage gefunden werden können. Die Ulcerationen sind meistens schmerzlos, zuweilen nur von einem leichten Jucken begleitet. Auch die elephantastischen Wucherungen pflegen wenig Beschwerden zu machen. Die mit Incontinentia urinae resp. alvi komplizierten Fälle machen natürlich mit der Zeit ihren ungünstigen Einfluss geltend. Meistens aber wird das Leiden von den Kranken mit Gleichgültigkeit ertragen. Man stösst daher nicht selten nur zufällig auf diese Krankheitsprozesse, bei Gelegenheit von Genitaluntersuchungen aus anderen Krankheits-

[1] Scanzoni und v. Bardeleben halten die Elephantiasis vulvae Arabum für sehr seltene Erscheinungen in unseren Himmelsstrichen. Letzterer ist sogar der Ansicht, dass bei uns Elephantiasis der Genitalien beim Manne wie beim Weibe sich meist nur bei Individuen entwickeln, welche in den Tropen gelebt haben.

ursachen. Die Prognose ist nur insofern etwas ungünstig, als Spontanheilungen der Elephantiasis vulvae luetica kaum vorkommen, ferner die Therapie in den Fällen, wo operative Eingriffe nicht statthaft sind, wenig oder gar nichts leistet. Die Operation, soweit sie sich auf die Wucherungen bezieht, hat günstige Erfolge. Die dadurch gesetzten Wunden verheilen ziemlich schnell, grössere je nach ihrem Umfange in 3, 4 bis 6 Wochen, kleinere während viel kürzerer Zeit. Die Behandlung der Ulcera hat sich als weit schwerer erwiesen. Man hat als Therapie hierfür vielfach Aetzungen mit Lapis., Acid. chromic., Acid. nitric. und Acid. lacticum angewandt und empfohlen. Am besten von diesen Mitteln, obschon auch nicht immer von Erfolg begleitet, hat sich noch die Milchsäure bewährt.

Zum Schluss erfülle ich noch die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Gusserow für die gütige Ueberlassung des Krankenmaterials, Herrn Prof. Dr. Nagel für die freundliche Anregung und Durchsicht der Arbeit, sowie Herrn Prof. Dr. Veit (Jena) für das Interesse, das er meiner Arbeit entgegenbrachte, meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Th. Landau, Archiv für Gynaekologie, Bd. 30 pag. 94ff.

Archiv für Gyn., Bd. 40. Klinische u. histolog. Untersuchungen über Lupus vulvae von Germain Viatte.

Centralblatt für Geburtshilfe und Gynaekologie, Bd. 13, pag. 823.

Archiv für Gynaekologie, Bd. 37, pag. 16. (Häberlin.)

Sitzungsbericht der geb.-gyn. Gesellschaft in Wien 1889, II, 9—11.

Fortschritte der Geburtshilfe und Gynaekologie. Currier, Vulvartumor. Demonstrat. in d. New-York Obst. Society.

Centralblatt für Gyn., Bd. 11, pag. 456ff.

Centralblatt für Gyn., Bd. 14, pag. 559ff.

Centralblatt für Gyn., Bd. 14, pag. 780.

Centralblatt für Gyn., Bd. 12, pag. 261.

Grace Peckham (New-York), A contribution to the study of ulcerative lesions of the vulva, commonly called lupus or esthiomene.

Centralblatt für Gyn., Bd. 12, pag. 97 (Schramm).

Ziemssens Handbuch der Pathologie u. Therapie. Bd. XIV, 1.

Schröder: Ueber chron. Ulcerationen an der vorderen und hinteren Commissur der Vulva.

Charité-Annalen, IV (1887), pag. 347—359.

v. Esmarch u. Kulenkampff, Die elephantiastischen Formen, 1885.

F. Koch, Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1895.

Louis Mayer, Berliner Beiträge z. Geburtshilfe u. Gyn. Bd. I (Fall 8).

Scanzoni, Lehrb. der Krankh. der weibl. Sexualorgane, pag. 522.

v. Bardeleben, Lehrb. d. Chir. u. Operationslehre, 1866, IV, pag. 336.

Thesen.

I.

Chronische Ulcerationen der Vulva mit Hyperplasie des Gewebes sind in den meisten Fällen Erscheinungen tertiärer Syphilis.

II.

Bei Prolapsus uteri ist die Ringbehandlung im Prinzip zu verwerfen.

III.

Die Agitation gegen die Schutzpockenimpfung ist als unberechtigt und verwerflich zu bekämpfen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Johannes Vormann, evangelischer Konfession, Sohn des zu Swinemünde im Jahre 1871 verstorbenen prakt. Arztes Stabsarztes a. D. Dr. Vormann, wurde am 19. Juli 1871 zu Swinemünde geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er bis zum Januar 1892 auf dem Gymnasium zu Prenzlau, alsdann auf dem Königl. Gymnasium zu Demmin, wo er in demselben Jahre, am 27. Sept. 1892, das Abiturientenexamen bestand. Nunmehr widmete er sich an der Universität zu Berlin dem Studium der Medizin. Am 29. Juli 1894 bestand er das Tentamen physicum, am 14. November 1896 das Tentamen medicum und am 24. November 1896 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

v. Bardeleben (†), v. Bergmann, B. Baginsky, E. du Bois-Reymond, Fritsch, Gerhardt, Gravitz, Gusserow, Hartmann (†), Heubner, Heymann, Hirschberg, Horstmann, Jolly, F. König, Kundt (†), Langerhans, G. Lewin (†), L. Lewin, v. Leyden, Liebreich, Litten, J. Munk, Nagel, Nasse, Rubner, Schimmelbusch (†), F. E. Schulze, Schweigger, Schwendener, Sell (†), R. Virchow, Waldeyer, Winter und J. Wolff.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus.